

## 【重要事項説明書】

### 介護老人保健施設コミュニティホーム八雲のご案内

#### 1. 施設の概要

##### (1) 施設の名称等

- ・法人名 社会福祉法人 溪仁会
- ・施設名 介護老人保健施設コミュニティホーム八雲
- ・開設年月日 平成10年4月28日
- ・所在地 北海道二海郡八雲町栄町13番地1
- ・電話番号 0137-65-2000 FAX番号 0137-63-2085
- ・管理者名 施設長 石川 幸辰
- ・介護保険指定番号 0151580032

##### (2) 介護老人保健施設の目的と運営方針

介護老人保健施設は看護、医学的管理の下での介護やリハビリテーション、その他必要な医療と日常生活上のお世話などの介護保健施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、1日でも早く家庭での生活に戻ることができるように支援すること、また、利用者の方が居宅での生活を1日でも長く継続できるよう、短期入所療養介護(介護予防短期入所療養介護)や通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)といったサービスを提供し、在宅ケアを支援することを目的とした施設です。

##### (3) 施設の職員体制

・医師	1人
・看護職員	1人
・薬剤師	
・介護職員(助手含む)	13人
・支援相談員	4人
・リハビリ職員(助手含む)	11人
・管理栄養士	2人
・事務職員、その他職員	12人

##### (4) 入所定員等 ・定員 90名

- ・療養室 個室 10室、4人室 20室

##### (5) 通所定員 55名

#### 2. サービス内容

- ① 通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)計画の立案
- ② 食事(食事は原則として食堂で召し上がっていただきます。)  
昼食 12時00分～13時00分
- ③ 入浴(一般浴槽のほか入浴に介助を要する利用者には特別浴槽で対応します。ただし、

利用者の身体の状態に応じて清拭となる場合があります。)

- ④ 医学的管理・看護
- ⑤ 介護
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 相談援助サービス
- ⑧ 栄養管理、栄養ケア・マネジメント等の栄養状態の管理
- ⑨ 利用者が選定する特別な食事の提供

### 3. 協力医療機関等

当施設では下記の医療機関に協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようしております。

- ・協力医療機関
  - ・名 称 八雲総合病院
  - ・住 所 二海郡八雲町東雲町50

### 4. 施設利用に当たっての留意事項

- ・施設利用中の食事は特段の事情がない限り施設の提供する食事をお召し上がりいただきます。食費は保険給付外の利用料と位置づけられていますが、同時に、施設は利用者の心身の状態に影響を与える栄養状態の管理をサービス内容としているため、その実施には食事内容の管理が欠かせませんので、食事の持ち込みは原則ご遠慮いただきます。
- ・面会時間は午前10時から午後3時まで面会時間を遵守し、必ず面会カードへ記入し届けてください。(面会カードは正面玄関に用意致します。)また、緊急車両の妨げになることから玄関前の駐車は禁止します。
- ・施設内及び敷地内での飲酒・喫煙は堅くお断りします。
- ・居室・設備・器具のご利用については本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償していただくことがあります。
- ・金銭・貴重品の管理はご本人・家族にて管理をお願いいたします。尚金銭の自己管理が困難な方は、施設事務にてお預かりさせていただきます。
- ・ペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

### 5. 非常災害対策

- ・防災設備 スプリンクラー、自動火災報知機、誘導灯、ガス漏れ報知器、防火扉、消火器、屋内消火栓、非常通報装置、漏電報知器、カーテン布団等は防火性のあるものを使用しています。
- ・防災訓練 年2回

### 6. サービス利用にあたっての禁止事項

- ①営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動。
- ②職員に対する暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- ③パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
  - (パワーハラスメント例)
    - ・物を投げつける、叩く、蹴る、手を払いのける、唾を吐く、服を引きちぎる 等。
    - ・怒鳴る、奇声、大声、恫喝、威圧的な態度、理不尽な要求 等。
  - (セクシャルハラスメント例)
    - ・必要もなく体を触る、ヌード写真を見せる、性的な話をする、手を握る 等。

- ④無断で職員の写真や動画を撮影すること、また、無断で録音等を行うこと。
- ⑤その他前各号に準ずる行為。

7. 要望及び苦情等の相談

当施設には支援相談の専門員として支援相談員が勤務していますので、お気軽にご相談ください。（電話0137-65-2000）

要望や苦情などは、担当支援相談員にお寄せいただければ、速やかに対応いたしますが、施設に備えつけられた「投書箱」をご利用いただき、管理者に直接お申し出いただくこともできます。

当事業所以外に、八雲町役場・国民健康保険団体連合会等の相談・苦情窓口、および当法人の第三者委員に苦情を伝えることができます。

- |   |                           |              |
|---|---------------------------|--------------|
| 1 | 八雲町役場保健福祉課介護保険係           | 0137-64-2111 |
| 2 | 北海道国民健康保険団体連合会            | 011-231-5161 |
| 3 | 北海道福祉サービス運営適正化委員会         | 011-204-6310 |
| 4 | 奥田 龍人（第三者委員 NPO 法人シーズネット） | 011-717-6001 |
| 5 | 大能文昭（第三者委員 札幌市中央区社会福祉協議会） | 011-281-6113 |

## 通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)について

### 1. 介護保険証の確認

ご利用のお申込みに当たり、ご利用希望者の介護保険証を確認させていただきます。

### 2. 通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)についての概要

要介護者及び要支援者の家庭等での生活を継続させるために立案された居宅介護サービス計画に基づき、当施設を一定期間ご利用いただき、看護、医学管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上のお世話を行い、利用者の療養生活の質の向上および利用者のご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るため提供されます。このサービスを提供するにあたっては、利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって、通所リハビリテーション(介護予防通所リハビリテーション)計画が作成されますが、その際、利用者・身元引受人(ご家族)の希望を十分に取り入れ、また、計画の内容については同意をいただくようになります。

### 3. 通所リハビリテーション利用料金

#### (1) 基本料金

(※下記料金は1割負担の料金になります。2割及び3割負担対象者は下記料金に2又は3を乗じた額の料金となります)

施設利用料(介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度および利用時間によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です)

#### [7時間以上8時間未満]

・ 要介護1	762円/回
・ 要介護2	903円/回
・ 要介護3	1,046円/回
・ 要介護4	1,215円/回
・ 要介護5	1,379円/回

#### [6時間以上7時間未満]

・ 要介護1	715円/回
・ 要介護2	850円/回
・ 要介護3	981円/回
・ 要介護4	1,137円/回
・ 要介護5	1,290円/回

#### [5時間以上6時間未満]

・ 要介護1	622円/回
・ 要介護2	738円/回
・ 要介護3	852円/回
・ 要介護4	987円/回
・ 要介護5	1,120円/回

[4時間以上5時間未満]

・ 要介護1	553円/回
・ 要介護2	642円/回
・ 要介護3	730円/回
・ 要介護4	844円/回
・ 要介護5	957円/回

[3時間以上4時間未満]

・ 要介護1	486円/回
・ 要介護2	565円/回
・ 要介護3	643円/回
・ 要介護4	743円/回
・ 要介護5	842円/回

[2時間以上3時間未満]

・ 要介護1	383円/回
・ 要介護2	439円/回
・ 要介護3	498円/回
・ 要介護4	555円/回
・ 要介護5	612円/回

[1時間以上2時間未満]

・ 要介護1	369円/回
・ 要介護2	398円/回
・ 要介護3	429円/回
・ 要介護4	458円/回
・ 要介護5	491円/回

(2) 加算料金

① サービス提供体制強化加算 I	22円/回
② 入浴介助加算 I	40円/日
入浴介助加算 II	60円/日
③ リハビリテーション提供体制加算	
3時間以上4時間未満	12円/日
4時間以上5時間未満	16円/日
5時間以上6時間未満	20円/日
6時間以上7時間未満	24円/日
7時間以上8時間未満	28円/日
④ リハビリテーションマネジメント加算 (イ)	
(開始月から6月以内)	560円/月
( " 6月超え)	240円/月
リハビリテーションマネジメント加算 (ロ)	
(開始月から6月以内)	593円/月
( " 6月超え)	273円/月

リハビリテーションマネジメント加算 (ハ)	
(開始月から6月以内)	793円/月
( 〃 6月超え)	473円/月
医師が利用者等に説明し同意を得た場合)	270円/月

⑤ 栄養アセスメント加算	50円/月
⑥ 栄養改善加算	200円/回
⑦ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20円/月
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5円/月
⑧ 口腔機能向上加算 (Ⅰ)	150円/月
口腔機能向上加算 (Ⅱ) イ	155円/月
口腔機能向上加算 (Ⅱ) ロ	160円/月
⑨ 科学的介護推進体制加算	40円/月
⑩ 短期集中リハビリテーション実施加算	110円/回
⑪ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅰ	240円/回
⑫ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算Ⅱ	1,920円/月
⑬ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	1,250円/月
⑭ 移行支援加算	12円/日
⑮ 中重度者ケア体制加算	20円/日
⑯ 若年性認知症利用者受入加算	60円/日
⑰ 重度療養管理加算	100円/日
⑱ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)	
令和8年5月31日まで (基本日額×日数+加算合計) × 8.6%/月	
令和8年6月1日より (基本日額×日数+加算合計) × 11.1%/月	
⑲ 感染症災害3%加算	基本サービス費に3%上乗せ
⑳ 送迎減算	-47円/片道
㉑ 中山間地域等提供加算	基本サービス費に5%上乗せ

#### 4. 介護予防通所リハビリテーション

(※下記料金は1割負担の料金になります。2割及び3割負担対象者は下記料金に2又は3を乗じた額の料金となります)

施設利用料 (介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。以下は1日あたりの自己負担分です)

##### (1) 基本料金

施設利用料 (介護保険制度では、要介護認定による要介護の程度によって利用料が異なります。

・要支援1	2,268円/月
・要支援2	4,228円/月

##### (2) 加算料金

① サービス提供体制加算Ⅰ 要支援1	88円/月
要支援2	176円/月
② 運動機能向上加算	225円/月

③ 栄養アセスメント加算	200円/月
④ 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20円/月
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5円/月
⑤ 口腔機能向上加算Ⅰ	150円/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160円/月
⑥ 一体的サービス提供加算	480円/月
⑦ 科学的介護推進体制加算	40円/月
⑧ 栄養改善加算	200円/月
⑨ 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ）	480円/月
⑩ 若年性認知症利用者受入加算	240円/月
⑪ 栄養スクリーニング加算（6か月に1回）	5円/回
⑫ 生活行為向上リハビリテーション実施加算	562円/月
⑬ 中山間地域提供加算	基本サービス費に5%上乗せ
⑭ 介護職員等处遇改善加算（Ⅰ）	
令和8年5月31日まで（基本日額×日数+加算合計）×	8.6%/月
令和8年6月1日より（基本日額×日数+加算合計）×	11.1%/月

#### 5. その他の料金(一日当り)

①食費	昼食(おやつ含む)	650円/日
	(但し、おやつのみ提供の場合は)	80円/日
②当日キャンセル料		650円/回

利用日当日の8:30までにご連絡がなく欠席された場合、または利用中に途中帰宅された場合には昼食費相当額としてご負担いただきます。

③その他（日常生活品費、教養娯楽費等）は、別紙3にてご同意頂きご利用となります。

#### 6. 支払い方法

- ・毎月10日までに、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・お支払い方法は、金融機関口座自動引き落としを推奨しておりますが、現金、銀行振込、での支払いも可能です。契約時にお選びください。